

# 令和8年度 北広島町けんしん申込書

年 月 日受付 芸北・大朝・千代田・豊平 対応( ) システム入力( / 済)

住所	北広島町				電話番号 日中つながりやすい番号	自宅 - -				携帯	-							
ふりがな 名前					生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女						
<input type="checkbox"/> 国民健康保険				<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険				国保・後期高齢以外の保険				<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族						
番号	8					番号	1					生活保護世帯 <input type="checkbox"/>						
集団健診	希望日		希望会場(地域)に <input checked="" type="checkbox"/> してください				希望の項目に●してください								託児 <input type="checkbox"/> 有 (人)			
	月	日( )	<input type="checkbox"/> 芸北	<input type="checkbox"/> 大朝	<input type="checkbox"/> 千代田	<input type="checkbox"/> 豊平	特定(基本) 健診	胃がん (X線)	肺がん	大腸がん	前立腺 がん	乳がん	子宮頸 がん	肝炎		骨粗鬆症 検診		
	8:30	9:00	9:30											受検歴の ない方				
	10:00	10:30	11:00															
医療機関健診	希望医療機関に <input checked="" type="checkbox"/> してください						希望の項目に●してください											
	<input type="checkbox"/> 北広島町雄鹿原診療所		<input type="checkbox"/> 大朝ふるさと病院		<input type="checkbox"/> いのうえ内科		特定(基本) 健診	胃がん		肺がん (X線)	大腸がん		前立腺 がん					
	<input type="checkbox"/> 今村メモリアルクリニック		<input type="checkbox"/> 北広島病院健康管理室		<input type="checkbox"/> 立川医院			カメラ	X線									
	<input type="checkbox"/> 千代田病院		<input type="checkbox"/> 千代田中央病院		<input type="checkbox"/> 北広島町豊平診療所													
	希望の項目に●してください		希望医療機関に <input checked="" type="checkbox"/> してください															
乳がん		<input type="checkbox"/> 北広島病院健康管理室	<input type="checkbox"/> JA吉田総合病院 健康管理センター		<input type="checkbox"/> 広島生活習慣病・がん健診センター幟町		<input type="checkbox"/> ころこ・やのファミリークリニック		<input type="checkbox"/> あおぞら健診・内科クリニック		<input type="checkbox"/> 中央通り乳腺検診クリニック		<input type="checkbox"/> ひろしま駅前乳腺クリニック					
子宮頸がん		<input type="checkbox"/> 北広島病院健康管理室	<input type="checkbox"/> JA吉田総合病院 健康管理センター		<input type="checkbox"/> 広島生活習慣病・がん健診センター幟町		<input type="checkbox"/> 村上産婦人科クリニック		<input type="checkbox"/> すみれ産婦人科クリニック		<input type="checkbox"/> フジハラレディースクリニック		<input type="checkbox"/> 村本産婦人科医院		<input type="checkbox"/> 緑井レディースクリニック		<input type="checkbox"/> 頼島産婦人科病院	
		<input type="checkbox"/> 舩本産婦人科医院	<input type="checkbox"/> 緑井レディースクリニック		<input type="checkbox"/> さだもりレディースクリニック		<input type="checkbox"/> 女性クリニック ラポール											
人間ドック	希望医療機関に <input checked="" type="checkbox"/> してください						オプション検査(希望の項目に●してください)											
	※国民健康保険または後期高齢者医療保険加入者のみ						前立腺がん		乳がん		子宮頸がん							
	<input type="checkbox"/> 大朝ふるさと病院	<input type="checkbox"/> 北広島病院健康管理室		<input type="checkbox"/> 北広島町豊平診療所				※北広島病院健康管理室、JA吉田総合病院健康管理センター、河村内科消化器クリニックのみ										
	<input type="checkbox"/> 千代田中央病院	<input type="checkbox"/> JA吉田総合病院 健康管理センター		<input type="checkbox"/> 河村内科消化器クリニック														

毎年けんしんサポート※の希望について ( **あり** ・ なし )

※今年度の申込内容を来年度以降自動的に登録できるシステム